UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS

(Evolution, Pronostic, Diagnostic et Traitement)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Novembre 1910

PAR

François ROUANET

Né à Narbonne, le 18 novembre 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse : BAUMEL, Professeur, *Président.* — DE ROUVILLE, Professeur — LÉENHARDT, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé — *Assesseurs*

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

LA

PNEUMONIE DES VIEILLARDS

(Evolution, Pronostic, Diagnostic et Traitement)

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 7

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA PNEUMONIE DES VIEILLARDS

(Evolution, Pronostic, Diagnostic et Traitement)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 Novembre 1910

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

François ROUANET

Né à Narbonne, le 18 novembre 1882

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse (Assesseurs) : BAUMEL, Professeur, *Président*. — DE ROUVILLE, Professeur — LÉENHARDT, Agrégé — EUZIÈRE, Agrégé

MONTPELLIER
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse, 14
1910

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé libre.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agrégé libre.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LAGRIFFOUL.	MM. DERRIEN.
VEDEL.	LEENHARDT.	DELMAS (Paul).
POUJOL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.

Examinateurs de la thèse :

MM. BAUMEL, *président.*	MM. LÉENHARDT, *agrégé.*
DE ROUVILLE, *professeur.*	EUZIERE, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Modeste témoignage de mon immense amour.

A MES PARENTS

A MES AMIS

F. ROUANET.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

Pour l'honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

A MESSIEURS LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LÉENHARDT ET EUZIÈRE

F. ROUANET.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIRES

Cher maître, le souvenir de votre sollicitude et de votre bonté à notre égard restera à jamais gravé dans notre cœur !

Vous avez été pour nous le guide précieux, l'ami dévoué.

Nous ne l'oublierons pas.

F. ROUANET.

LA

PNEUMONIE DES VIEILLARDS

(Evolution, Pronostic, Diagnostic et Traitement)

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales nous avons toujours été frappé de la rapidité avec laquelle la pneumonie évoluait chez le vieillard.

Il ne saurait en être autrement si l'on songe aux conditions organiques toutes spéciales qui sont le propre de l'âge avancé.

Il faut avoir parcouru les salles de l'Hôpital Général, ce « Grand Emporium des misères humaines » selon l'heureuse expression de M. le professeur agrégé Vires, pour constater l'état de décrépitude, le peu de vitalité qu'offrent les vieillards hospitalisés.

Les uns ont atteint cette déchéance de tout l'être par le jeu naturel et simple des forces de la nature, les autres y sont arrivés par des moyens plus rapides, ils ont vécu beaucoup et vite, si bien que, jeunes encore de par leur

état civil, ils offrent déjà tous les caractères de la vieillesse.

Aussi la pneumonie dans ces organismes débilités offrira des caractères spéciaux au point de vue de son évolution, de son pronostic et de son traitement. C'est ce que nous avons essayé de faire dans ce travail, dont l'idée nous fut inspirée par M. le professeur agrégé Vires.

CHAPITRE PREMIER

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

Insidieuse dans ses débuts, incertaine dans ses manifestations symptomatiques, la pneumonie présente chez le vieillard une évolution particulière.

Tandis que chez l'adulte il est possible de diagnostiquer de bonne heure cette affection et de parcourir avec elle les différentes étapes qui la caractérisent, nous ne pouvons chez le vieillard, à cause des conditions organiques toutes spéciales créées par la vieillesse, qu'assister impuissants à l'évolution d'une maladie que nous n'avons pu diagnostiquer à temps. Aussi, bien des fois la mort arrivera, surprenant le malade et le médecin.

Si nous examinons l'évolution de la pneumonie chez un sujet vigoureux et jeune, nous voyons tout d'abord survenir un grand frisson qui, en raison de son acuité, a été appelé « frisson solennel ».

A ce frisson fait suite une brusque élévation de température. En même temps le malade accuse un violent point de côté ; il est en proie à une toux quinteuse et émet des « crachats rouillés ». La température reste stationnaire à 40°. L'examen physique nous montre une matité avec, en ce point, exagération des vibrations, quelques râles crépitants, puis un souffle tubaire. Vers le septième ou huitième jour, la température baisse rapidement et descend à la normale, annonçant la guérison, à moins que la pneumonie ne passant à l'hépatisation grise n'amène la mort vers le dixième ou quinzième jour. Telle est résumée rapidement l'évolution de la pneumonie chez un sujet sain et vigoureux.

Mais chez le vieillard il en va tout autrement, et l'évolution de la pneumonie ne présente pas le caractère cyclique qu'elle revêt chez l'adulte : ici aucun des signes caractéristiques précédents. La température elle-même s'écarte beaucoup du type classique. Parfois elle peut présenter le type continu avec persistance de l'état pyrétique pendant tout le cours de la maladie, au-dessus de la température normale de 35°3 à 36°4 ; elle peut alors osciller autour de 39°, dans ce cas elle se rapproche de celle de l'adulte. Mais souvent elle reste au-dessous de 38° tout en conservant l'allure générale de la courbe pneumonique, le pouls restant élevé autour de 120 à 130.

Plus souvent on trouve le type paroxystique, caractérisé par des poussées thermiques élevées entre 39° et 40° pendant deux ou trois jours, séparées par des chutes profondes durant également deux ou trois jours, ou le type à grandes oscillations avec ascensions thermiques brusques de 1°, 2° ou 3° suivies de chutes aussi rapi-

des, d'oscillations journalières successives, se répétant pendant toute la durée de la maladie.

Nous voyons donc qu'au point de vue de l'évolution de la maladie la courbe thermique peut revêtir chez le vieillard la forme classique décrite ci-dessus. Elle peut aussi présenter des formes anormales telles que la forme abortive avec élévation et type continu, réduit dans sa durée seulement, mais non dans son acuité, parfois à rechutes également abortives ; ou la forme prolongée avec persistance de la pyrexie et à type continu.

Ce défaut de réaction pyrétique chez le vieillard ne doit pas nous surprendre si l'on songe que dans le vieillesse l'appareil circulatoire en entier perd de sa force, et que son étendue, son champ d'action, sont considérablement réduits par la diminution du nombre des capillaires, que la simple inspection des parties externes des vieillards permet de constater.

Quoi qu'il en soit et malgré l'inconstance des différents signes physiques qui accompagnent l'évolution de la pneumonie chez le vieillard, nous pouvons affirmer que tout comme dans l'âge adulte la pneumonie se termine dans la vieillesse par la *guérison*, par la *mort* ou par le *passage à l'état chronique*.

Et d'abord, dans certains cas la pneumonie peut guérir rapidement, c'est ce qu'on observe dans les formes abortives ; alors l'évolution de la maladie est très brève, et nous trouvons dans la thèse de Martin (de Nancy) trois observations de pneumonie ayant avorté du deuxième au troisième jour.

Mais d'ordinaire, lorsque le malade doit guérir, on voit la pneumonie évoluer assez lentement, la période de résolution est traînante, la chute de la température ne se fait que vers la dixième ou quinzième jour ; bref les

symptômes généraux et locaux vont en décroissant progressivement. Quelquefois cependant il arrive que la guérison ne va pas sans quelques phénomènes bruyants : tels sont les cas de *délire transitoire de la crise* observés en 1885 par M. le professeur agrégé Vires et en 1909 par M. le professeur agrégé Euzière.

Le plus souvent la mort est la conclusion fatale de la maladie qui évolue rapidement vers la suppuration.

La mort peut survenir à des périodes diverses et pour des causes différentes.

Dès le début l'engouement peut s'accompagner d'une congestion pulmonaire généralisée, d'où ralentissement de la petite circulation et asphyxie par défaut d'hématose.

A la période d'hépatisation le danger est au cœur, car par suite de la réduction du champ circulatoire pulmonaire, il y a élévation de la tension dans le cœur droit et myocardite consécutive par sclérose ou dégénérescence graisseuse de la fibre musculaire cardiaque.

Nous pouvons nous demander maintenant comment la mort peut survenir dans la pnemonie.

D'après Durand-Fardel, sur 37 cas terminés par la mort il y a :

17 malades qui ont succombé au milieu des symptômes d'adynamie profonde ;

7 qui sont morts sans phénomènes particuliers, du fait même de la maladie ;

6 qui ont présenté des accidents cérébraux intenses;

5 qui sont morts subitement sans que rien ne puisse faire prévoir ce dénouement fatal ;

2 ont vu leur pneumonie aggravée par des complications qui ont déterminé la mort.

On voit par là que les circonstances qui accompagnent

la mort, que les accidents au milieu desquels succombe le sujet, sont assez variés.

Lorsqu'au cours d'une pneumonie on voit le malade présenter des symptômes d'adynamie extrême, un affaiblissement considérable de son intelligence, lorsque la dyspnée devient intense, que la face est colorée, que les extrémités se refroidissent et que les symptômes particuliers de la pneumonie disparaissent subitement, on peut prévoir la mort à brève échéance. « C'est ce que nous avons pu constater chez un vieillard qui nous affirmait à la visite du matin ne ressentir aucune souffrance ni douleur particulière, sauf une grande faiblesse générale, et qui le soir s'éteignait dans une adynamie extrême. »

Parfois on peut voir un des symptômes acquérir une importance prédominante ; ainsi la dyspnée peut devenir excessive, les ailes du nez battent violemment et le sujet succombe.

Certains malades sont morts avec des phénomènes cérébraux assez marqués, après être passés par des alternatives de dépression, d'affaissement, d'agitation et de délire.

D'autres meurent subitement au cours de leurs travaux journaliers et l'autopsie seule montre une pneumonie arrivée à l'état de suppuration.

La pneumonie peut aussi évoluer vers la chronicité ; dans ce cas on voit les symptômes s'amender et décroître comme si la résolution allait s'opérer. Mais malgré cette amélioration l'état général reste mauvais, les forces et l'embonpoint ne reparaissent pas, le poumon reste induré et imperméable à l'air.

La fièvre elle-même qui avait diminué se rallume et l'on pourrait croire à une rechute. En réalité c'est l'état chronique qui s'installe ; un des symptômes va persister

et la mort, pour n'être pas immédiate, n'en arrivera pas moins dans un avenir plus ou moins rapproché.

Il ne faut pas nous le dissimuler, la pneumonie présente un caractère de gravité particulier chez le vieillard ; c'est qu'à cette époque de la vie les réactions nerveuses, organiques, sont d'une lenteur extrême, et les divers organes semblent vivre d'une façon absolument indépendante les uns des autres.

Alors rien d'étonnant à ce qu'une inflammation locale même très aiguë ne se manifeste que par des phénomènes généraux assez peu marqués.

Le *pronostic* sera donc toujours très sévère, même lorsque les signes extérieurs qui traduisent la maladie sont peu apparents comme chez le vieillard.

Deux ordres de considération nous serviront de base pour établir le pronostic qui variera selon les modifications de celles-ci : d'abord l'état général, puis l'état local.

La pneumonie se montrant d'une façon si insidieuse chez un sujet à réaction peu énergique sera beaucoup plus grave que si on a affaire à une inflammation franche et nettement caractérisée du tissu pulmonaire. Un autre élément qui aggrave le pronostic, c'est le retard qui se montre presque toujours dans l'apparition des symptômes et nous fait perdre un temps précieux, en nous laissant ignorer ou bien l'existence de la pneumonie, ou bien sa nature propre.

Nous avons déjà montré la gravité de la pneumonie dans la vieillesse.

L'âge, en effet, constitue à lui seul, en dehors de tout autre signe, un facteur important du pronostic.

D'après Jürgensen, la mortalité s'accroît à partir de 50 ans, et à 60 ans elle serait de 50 p. 100.

Pour Fränkel la mortalité serait plus élevée (55 p. 100 à partir de 60 ans).

Pour Grisolle elle serait d'un cinquième de 50 à 60 ans, de moins d'un sixième de 60 à 70 ans, et enfin de huit dixièmes au-dessus de 70 ans.

Prus, cité par Grisolle, signale que sur 129 pneumonies traitées à Bicêtre et à la Salpêtrière chez des sujets âgés de 60 à 90 ans, 77, c'est-à-dire les trois cinquièmes environ, se terminèrent par la mort.

Pour Quincke la mortalité serait de 39 p. 100 au-dessus de 60 ans et pour Huss de 25 p. 100 seulement.

Ces deux derniers auteurs nous paraissent avoir réservé dans leurs statistiques une trop large part aux cas de guérison. Pour nous, nous nous en tiendrons aux statistiques précédentes de Grisolle qui semblent s'approcher le plus de la réalité.

A côté de l'âge nous devons signaler aussi l'influence saisonnière : c'est surtout en hiver et même au printemps que l'on peut constater dans les asiles de vieillards une véritable épidémie de pneumonie, due aux variations de température plus brusques et plus prononcées, et c'est à ces époques de l'année aussi où elle présente un réel caractère de gravité.

Ces deux facteurs étant mis de côté nous devons nous demander, une fois la maladie installée, quel en sera le pronostic.

En règle générale, toute pneumonie qui se rapproche le plus du type observé chez l'adulte, qui en somme se manifeste par des phénomènes réactionnels intenses dès le début, a beaucoup de chance d'aboutir à la guérison.

Aussi lorsqu'une pneumonie s'annoncera par un point de côté, par une dyspnée assez vive, lorsque la fièvre sera

constante, franche, s'approchant du type classique, il n'y aura pas lieu de s'alarmer outre mesure.

Beaucoup de cas de guérison ont en effet été signalés après des débuts si bruyants.

Le délire lui-même, l'irrégularité du pouls, n'auront une importance pronostique grave que s'ils apparaissent à une époque éloignée du début.

Mais ce sera surtout dans les formes latentes que le pronostic devra être très réservé, puisque dans ces cas le début de l'affection nous aura échappé et que nous n'aurons pu intervenir à temps.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Nous avons vu précédemment combien il était difficile de préjuger de l'issue de la pneumonie chez le vieillard. Cette difficulté que nous avons rencontrée dans le pronostic, nous la rencontrerons aussi et beaucoup plus accentuée dans l'établissement du diagnostic.

On a beaucoup discuté pour savoir s'il était facile on non de faire un diagnostic précoce de la pneumonie. Certains même ont prétendu que c'était là chose aisée et qu'il suffisait d'y penser.

Nous ne sommes pas de cet avis, car le fait seul d'être obligé de penser à une affection implique que cette dernière ne présente aucun symptôme caractéristique qui puisse attirer les regards.

C'est qu'en effet la pneumonie présente dans son apparition une insidiosité telle, qu'elle risque fort de passer inaperçue. Aussi les moindres phénomènes morbides

que peut accuser un vieillard doivent retenir toute notre attention.

L'on doit se rappeler toujours que la pneumonie s'accompagne souvent d'un appareil symptomatique d'apparence tout à fait étrangère à une affection du poumon : la diarrhée, la céphalalgie, le délire sont parfois les seuls indices d'une pneumonie commençante. Aussi faut-il s'habituer à la chercher, car elle prend les masques les plus variés, les plus trompeurs, et emprunte souvent la physionomie d'une maladie étrangère, soit locale, soit générale. Elle peut se dissimuler derrière quelque manifestation morbide secondaire dont les symptômes plus bruyants détournent l'attention du malade et du médecin.

C'est à l'occasion de troubles digestifs avec douleur épigastrique, de vomissements, de dyspnée, de malaise général, d'affaiblissement intellectuel, qu'un médecin avisé et prévenu pourra, après un examen attentif et minutieux du thorax, diagnostiquer une pneumonie à ses débuts.

Les signes qui la caractérisent sont en effet si fugaces, si peu accentués, et cela, comme nous l'avons déjà dit à cause de la faiblesse des réactions chez le vieillard, qu'il conviendra d'apporter le plus grand soin à l'observation des moindres phénomènes.

Le point de côté, si fréquent chez l'adulte et si nettement limité, est ici excessivement imprécis et vague. Il peut même être remplacé par une douleur siégeant entre les deux épaules et sous le sternum. Parfois il consiste en un endolorissement vague de tout un côté du thorax ou même de toute la poitrine, souvent aussi il est situé au niveau de l'épigastre, ce qui peut faire croire à une lésion de l'estomac.

La dyspnée est moins fréquente et moins forte qu'aux autres âges de la vie. « Très souvent, disent Hourman et Dechambre, les malades ne se plaignent pas de dificulté de respirer; et il peut arriver que dans ces cas les mouvements du thorax ne soient pas modifiées; d'autres fois ils sont très irréguliers : d'abord faibles et lents, ils deviennent tout à coup accélérés et élevés ; quelquefois le thorax se meut à peine ; ou au contraire, bien que les malades n'accusent pas de dyspnée, la poitrine est agitée et la physionomie exprime l'anxiété et l'anhélation. » Cette description répond exactement à la réalité et il nous a été donné bien des fois d'en constater l'exactitude, aussi l'avons-nous reproduite en entier.

La toux est également rare, d'ailleurs elle est tout à fait discrète, et si faible que les malades n'y font nullement attention. Quelquefois, selon Hourman et Dechambre, « elle se borne à 2 ou 3 secousses dans toute une journée ; on peut voir aussi, à chaque effort de toux, le thorax se soulever par une ou plusieurs petites saccades brusques, convulsives, sans inspiration préalable. Au début son timbre est aigu, argentin, puis elle devient grasse et un gargouillement se fait entendre à chaque éclat dans l'arrière-gorge ».

Même quand elle existe, la toux ne doit pas être prise en grande considération, car bien souvent c'est une toux catarrhale, reliquat de bronchites anciennes et répétées.

Si presque tous les pneumoniques toussent rarement, on peut dire également qu'ils ne crachent pas ou peu.

Chez les vieillards on observe rarement les crachats rouillés adhérents au vase : ils sont remplacés par une expectoration muqueuse, diffluente, et ce n'est que quand la pneumonie passe à l'hépatisation grise que les crachats prennent une teinte verdâtre.

Quant aux signes d'auscultation, ils peuvent manquer ou du moins être profondément modifiés par l'état emphysémateux des poumons des vieillards et la résonnance spéciale du thorax chez eux.

Le râle crépitant est un râle à bulles grosses et plus humide que celui de l'adulte.

On peut voir aussi le début de la pneumonie s'annoncer par du râle sous-crépitant.

Très souvent tous ces signes nous auront échappé et c'est le souffle qui nous mettra alors sur la voie du diagnostic.

« Il arrive assez souvent, dit Gillette, soit qu'on ait été appelé trop tard, soit que le râle crépitant n'ait apparu que peu de temps ou ait même manqué, que le souffle mêlé de râles muqueux est le premier signe de pneumonie qui puisse être perçu. Cela arrivera surtout s'il existait précédemment une bronchite intense dont les bruits peuvent avoir masqué le râle crépitant. Pour entendre le souffle, il faut ausculter la poitrine partout et plusieurs fois, car mêlé à des râles bruyants de bronchite il pourrait nous échapper. » Le souffle bronchique est très atténué, d'abord par la présence de mucosités abondantes qui l'empêchent de se produire, puis par la faiblesse de la respiration.

La percussion pour être efficace devra être faite avec force, car les poumons des vieillards, comme nous l'avons déjà dit, présentent de l'emphysème, à cause de la raréfaction du tissu pulmonaire.

Dans le précédent chapitre sur l'évolution nous avons vu ce qu'il fallait penser de la température.

L'étude du pouls devra nous préoccupper aussi, car, en dehors des inégalités et des intermittences que les altérations du cœur et des gros vaisseaux rendent si fré-

quentes chez le vieillard, nous pourrons remarquer que parfois le pouls est petit et fréquent, et dans ce sac notre intervention devra être rapide.

Malgré l'incertitude des signes de la pneumonie nous ne restons pas cependant complètement désarmés, et ce que la clinique n'a pu nous donner nous le demanderons au laboratoire.

Sans entrer dans des détails techniques au sujet de ces opérations, disons tout de suite qu'on pourra faire l'examen bactériologique et cytologique des crachats, dans lesquels on trouvera bien souvent des pneumocoques et surtout des cellules endothéliales caractéristiques. L'examen du sang et des réactions leucocytaires est aussi très intéressant, car, comme le dit Etienne, « il nous fournit une confirmation de la grande loi de l'unité des processus réactionnels aux différents âges de la vie. »

Au début de la pneumonie il est difficile d'établir une formule leucocytaire, précisément à cause de l'incertitude des premiers signes de la maladie. A la période d'état, par contre, il devient facile de constater le nombre des leucocytes, et, d'après Etienne et Perrin, la réaction leucocytaire dans un grand nombre de cas a donné 6.800 leucocytes le deuxième jour, 7.200 le troisième jour, 8.400 le quatrième, 8.000 le sixième. Puis la température ayant baissé en lysis à partir de cette époque, le nombre des leucocytes diminua. Nous trouvons dans l'ouvrage de ces auteurs « l'observation d'un paludéen de 84 ans chez qui ils trouvèrent 12.800 leucocytes le troisième jour, mais la température ayant baissé le cinquième jour, le nombre des leucocytes tomba à 5.200; le sixième jour on en compta 9.600, et cette augmen-

tation coïncidait avec l'éclosion d'un nouveau foyer. Vers le huitième jour, leur nombre atteignit 10.400 et la défervescence définitive se fit le neuvième jour avec 6.400. » Nous ne pouvons citer toutes les observations de ces deux auteurs, mais de la lecture de leur ouvrage, il résulte que, d'une façon générale, les vieillards ont réagi à peu près de la même façon que les adultes, et que si la leucocytose semble chez eux paresseuse, cela tient aux conditions organiques spéciales créées par la vieillesse, comme nous l'avons déjà montré plus haut.

Comme chez l'adulte également la polynucléose est la règle : « Il en est, dit Lœper, de la pneumonie comme des autres infections. Elle élève la polynucléose d'un chiffre sensiblement égal chez les enfants et chez les vieillards, mais la polynucléose absolue n'en est pas moins inférieure chez les premiers (55 à 60 p. 100 au lieu de 40) et supérieure chez les seconds (88 à 90 p. 100 au lieu de 70) à celle des adultes.

Nous voyons par là que la leucocytose suit une marche parallèle à la température.

Sans doute ces recherches sont très intéressantes, mais ce sont là procédés de laboratoire et peu à la portée du simple praticien.

Aussi dans la pratique courante il nous suffira de savoir que la symptomatologie de la pneumonie est muette et que pour la dépister il sera besoin d'un examen répété et minutieux.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Nombreux sont les traitements qu'on a proposés pour lutter contre l'infection pneumococcique. Il en sera ainsi jusqu'au jour où l'on aura trouvé pour la pneumonie un médicament spécifique, tels que la quinine, l'iodure, le salicylate le sont pour certaines maladies.

La seule thérapeutique rationnelle qui convient ici est une thérapeutique basée sur les indications.

Quelles sont donc, dans la pneumonie des vieillards, les indications à remplir? Elles sont de 4 ordres :

1° Relever l'état général;

2° Soutenir le cœur et lui faciliter sa tâche;

3° Favoriser la diurèse;

4° Lutter contre les toxines pneumococciques.

Pendant longtemps l'emploi de la saignée et des contro-stimulants résuma toute la thérapeutique et donna des résultats désastreux, 35 à 50 0/0 de décès. Néanmoins l'ipéca, le kermès à faible dose trouvent leurs indications dans la pneumonie et nous les verrons appliqués dans l'observation qui termine notre travail. La révulsion locale par le cataplasme sinapisé, les ventouses sèches ou scarifiées, peuvent rendre aussi d'éminents services en diminuant l'afflux sanguin et, par suite, la dyspnée.

Comme le dit M. Vires, « il n'est pas de traitement exclusif, systématique ; souvent chez un même pneumonique et suivant l'évolution de la maladie, telles médications s'associeront, se prêteront appui, que les thérapeutistes à idées préconçues ne voudraient mettre en œuvre que dissociées, seules, exclusives ».

Enveloppements froids. — Siredey et Rendu se sont faits les défenseurs de la médication froide qui paraît répondre aux indications à remplir dans la pneumonie ; En effet, comme le dit Grignon, « les enveloppements froids soutirent la chaleur, activent le chimisme respiratoire dans tous ses modes, favorisent les oxydations, stimulent l'activité nerveuse, activent la nutrition, augmentent la tension artérielle, l'activité du cœur et la sécrétion urinaire ». Ainsi la médication froide deviendrait, en raison de son action sur tous ces organes, une médication de choix. Cela peut être vrai dans certains cas et chez l'adulte. Mais chez les vieillards, qui sont

très souvent cardiaques ou artério-scléreux, la médication froide devient dangereuse.

Chez ces derniers, l'appareil circulatoire n'est pas en état de supporter les changements brusques de pression, et le cœur, obligé de fournir un travail double pour faire face à cette augmentation de la pression centrale, peut lâcher et se paralyser brusquement, comme l'ont fait remarquer Grisolle, Hanot, Labadie-Lagrave.

Avec ces auteurs nous rejetons la médication froide dans le traitement des pneumonies chez les vieillards.

Infection générale. — On a essayé également de lutter contre l'infection générale, par le collargol, l'électrargol, l'électraurol, l'électro-platinal.

Mongour et Got, à l'occasion d'une épidémie de pneumonie sénile qui sévit à l'Hospice Général de Pellegrin, employèrent le collargol en injections intra-veineuses : « Sur dix guérisons observées, disent-ils, 5 (2 cas très graves et 3 de moyenne intensité) paraissent bien dues à la thérapeutique colloïdale. Nous injections chaque fois dans la veine cubitale 3 à 4 centimètres cubes de solution colloïdale à 1/100 et l'injection était renouvelée tous les 2 ou 3 jours, suivant le résultat obtenu et la gravité de l'état infectieux. » Chaque injection de collargol était suivie d'une chute de la température avec amélioration de l'état général.

Nous avons cité sans insister tous ces agents thérapeutiques, comme pouvant, le cas échéant et en tenant compte des indications et contre-indications qu'ils comportent, être utiles dans la pneumonie des vieillards.

Il nous reste maintenant à étudier ce que nous considérons comme le traitement de choix, je veux parler de l'alcool et de la digitale.

Alcool. — Chez les vieillards, débiles, rabougris, toujours glacés l'hiver et que la moindre atteinte met en danger très sérieux de mort, les toniques sont à recommander ; au premier rang nous placerons l'alcool.

Les indications en sont nombreuses. « La faiblesse des sujets, l'absence de réaction, la pâleur de la face, le refroidissement de la peau, les crachats purulents faisant craindre l'hépatisation grise, l'étendue de la phlegmasie, l'improbabilité d'une résolution spontanée, la vieillesse, la dépression excessive causée par les antimoniaux ; voilà ce qui m'a décidé, dit Trastour de (Nantes), à recourir à la médication alcoolique dont les effets énergiques et rapides ont été avantageux pour les malades. »

Nous pouvons, avec M. le professeur agrégé Vires, catégoriser les indications de l'alcool, en *indications étiologiques, symptomatiques* et *indications tirées de la marche de l'affection.*

« Au point de vue de l'étiologie, l'alcool est de mise quand la constitution médicale est adynamique, quand il y a un alcoolisme antérieur, quand il s'agit d'individus âgés ou affaiblis, quand la constitution est détériorée, au cas d'une cardiopathie antérieure par exemple.

« Au point de vue des symptômes locaux, l'alcool est indiqué dans les pneumonies latentes, dans les pneumonies centrales, dans les pneumonies du sommet, dans les

pneumonies sans phénomènes critiques bien précis, sans phénomènes physiques bien nets, dans les pneumonies doubles.

« Au point de vue symptômes généraux, l'alcool est indiqué si le pneumonique est dans la prostration, quand le décubitus dorsal lui est seul possible, quand il est dans le coma, ou au contraire dans le délire et l'agitation; quand comptant le pouls on le trouve rapide ou peu fréquent, mais très dépressible, très mou, constamment en hypotension ; quand le cœur est faible, les forces épuisées, l'état général gravement atteint.

» Au point de vue de la marche, l'alcool est indiqué si la pneumonie passe à l'hépatisation grise, à la purulence ; quand une pneumonie nouvelle se mêle à celle qui est en voie de résolution et de disparition (1). »

Or toutes ces conditions étant réalisées dans la vieillesse, nous prescrirons la médication alcoolique soit sous forme de potion de Todd, soit sous forme d'eau-de-vie ordinaire à raison de 80 à 300 grammes dans 80 à 120 grammes d'eau édulcorée, et à doses variables suivant l'âge du sujet, le sexe, l'intensité de la pneumonie et l'état des forces du malade.

Comme adjuvants de la médication alcoolique nous pourrons donner l'acétate d'ammoniaque, l'éther en potion ou en injections sous-cutanées.

Nous pourrions citer à l'appui de nos dires de nombreuses observations, mais l'action de l'alcool étant universellement admise, nous nous en dispenserons.

En possession des moyens capables de relever l'état gé-

---

(1) Vires. — Congrès de médecine de Toulouse, 1902.

néral, il nous reste maintenant à indiquer comment nous agirons sur le cœur.

Digitale.— Laissant de côté la caféine, la spartéine, les injections de sérum, nos préférences iront à la digitale, qui répond à presque toutes les indications. Son action s'exerce en effet sur le cœur et sur les vaisseaux, sur la fièvre, sur la diurèse et peut-être sur les toxines.

Dans la pneumonie, a-t-on dit, « la maladie est au poumon, le danger est au cœur ». Certes, rien n'est plus exact, car, par suite de la stase pulmonaire, la pression augmente, et alors le cœur droit, qui au début de l'affection a lutté heureusement, finit par s'épuiser, s'affaiblir et finalement se laisse distendre grâce à son élasticité et à la faible musculature de ses parois, de sorte qu'ayant perdu son pouvoir contractile, il ne tarde pas à céder.

Cette lutte du cœur d'abord, puis son affaiblissement, se traduisent par des modifications du pouls qui, de dur, plein, fréquent, devient faible, dépressible, intermittent et irrégulier.

Alors, sous l'action de la digitale, « les contractions cardiaques fréquentes et précipitées diminuent de nombre, mais augmentent en vigueur et en ampleur. Par suite, le pouls est plus soutenu et ses battements moins fréquents (1). »

Sur les vaisseaux, la digitale exerce une action vasoconstrictrive, diminuant leur calibre.

« Le cœur mis en état de lutte, la circulation réglée, la tension relevée, ces trois facteurs s'opposeront à la

(1) Anghèlescu. — Thèse de Montpellier, 1901.

stase sanguine, à la congestion, remonteront l'état général et favoriseront la désagrégation et l'absorption plus rapide de l'exsudat (1). »

Son action contre la fièvre est non moins remarquable.

Dans son Traité de thérapeutique, Manquat s'exprime ainsi : « En règle générale et *exception faite pour la pneumonie*, la digitale est un mauvais antipyrétique. »

Hirtz, Coblentz, Petrescu signalent aussi les heureux effets antipyrétiques de la digitale.

Pour nous, nous l'avons vue agir dans tous les cas, et amener une notable diminution de la fièvre.

Egalement, le pouvoir diurétique de la digitale est indéniable ; mais cette propriété, elle la doit, non à une action directe sur le rein, mais plutôt à son action sur la circulation.

Nous avons vu que la digitale diminuait la fréquence des battements et augmentait l'énergie cardiaque.

Ainsi les contractions devenant plus régulières, plus lentes, la diastole sera plus prolongée ; alors la stase veineuse sera très réduite, il arrivera plus de sang dans la ventricule et ce dernier étant fortifié par la digitale, il s'ensuivra une augmentation de tension dans le système artériel et le rein fonctionnera.

Cette diurèse permettra à l'organisme de se débarrasser d'une certaine quantité de produits toxiques qui l'encombraient et aidera ainsi à la guérison.

Nous donnons à l'appui une observation prise à l'Hôpital Général et que nous devons à l'obligeance de M. le professeur agrégé Vires.

---

(1) Anghelescu. — *Loc. cit.*

OBSERVATION

Pneumonie bilatérale des sommets

Notre malade est couchée au n° 17 de la salle Sainte-Marie. Elle est âgée de 65 ans.

Hospitalisée depuis longtemps, elle est gâteuse, incapable de toute manifestation intellectuelle ou physique. Elle a fait, du reste, un séjour à l'Asile, un de ses enfants y est actuellement interné.

Jusqu'au 14 janvier, sa santé habituelle était bonne. Elle mangeait bien, restait immobile sur sa chaise, indifférente à ce qui se passait autour d'elle et ne sortant de son impassibilité qu'au moment des repas.

C'est l'état général qui attire d'abord l'attention : la face est rouge et uniformément congestionnée ; la malade est inquiète, agitée ; elle bredouille des mots inintelligibles, elle accuse cependant de la céphalalgie ; elle refuse toute alimentation.

La température atteint 38°5. Le pouls, mou, irrégulier, bat 100 à 104 fois à la minute.

J'indique à mes élèves qu'il faut songer immédiatement à une altération du poumon.

La percussion nous fait reconnaître de la submatité aux deux sommets en arrière, de l'hypersonorité partout ailleurs.

L'auscultation nous fait entendre un souffle bronchique très net au sommet droit dans la ligne axillaire ; au-dessous de la fosse sus-épineuse, foyer maximum du souffle, râles inspirateurs, gros, humides, inégaux.

Au sommet gauche, le murmure vésiculaire est très affaibli ; on perçoit quelques râles inspirateurs. Le reste du thorax est normal. Pas d'expectoration.

Je porte le diagnostic de pneumonie du sommet double, et en raison de cette localisation, de l'âge avancé de la malade, du délire qui s'installe progressivement, de la température élevée chez une sénile, d'un pouls mou, irrégulier, petit, traduisant l'infériorité fonctionnelle d'un myocarde que nous trouvons arythmique, et à bruits assourdis, je porte un pronostic sévère.

Traitement. — Potion montpelliéraine à l'ipéca. Potion de Todd, lait, café, pas de médication locale.

16 janvier. — Temp. matin, 37°5 ; soir 39°8. Pouls 106.

Etat général. — Délire, agitation, faciès rouge ; langue sèche, rôtie ; adynamie profonde.

Etat local. — Submatité aux sommets, souffle très fort à gauche, râles humides bulleux, tonalité grave au-dessous de la fosse sus-épineuse.

17. — Temp. matin, 37°7, soir 38°4. Pouls mou, dépressible.

Etat général. — Toujours très grave, adynamie.

Etat local. — Submatité aux deux sommets. Le souffle a disparu. Remplacé par une respiration rude coupée de râles humides.

18, 19, 20. — La malade reste toujours profondément

affaissée ; l'état général est très grave. Elle est abattue, refuse toujours de s'alimenter.

Le délire devient plus bruyant, surtout la nuit. La langue est sèche, complètement rôtie.

Il n'est pas possible de recueillir les urines. La malade est gâteuse.

Pas de dyspnée ; dans la journée quelques rares secousses de toux, mais sans jamais aucune expectoration.

La température est tombée : elle oscille entre 38°5 température maxima et 36°8 température minima. Cette défervescence n'implique nullement une amélioration locale ou générale. On sait, en effet, que la courbe thermique n'a ni la régularité, ni le cyclisme de la pneumonie de l'adulte. Capricieuse, irrégulière, désordonnée, déréglée, elle s'observe à toutes les époques et à tous les degrés de la pneumonie. En effet, le pouls est petit, mou, très rapide, complètement dépressible, 106 à 110.

Le cœur est mou : les contractions sont irrégulières, désordonnées. La main est soulevée. Les bruits sont assourdis. Il y a donc une aggravation manifeste, encore que la température soit peu élevée.

Localement la pneumonie suit son cours. Elle se traduit toujours par la submatité absolue, complète aux sommets. Les signes stéthoscopiques sont variables ; mais par intermittence apparaissent le souffle bronchique, les râles humides ; on trouve même de la bronchophonie ; il n'y faut cependant pas attacher une importance capitale. La voix est faible, incertaine, naturellement chevrotante.

Il y a indication à relever le cœur et à désobstruer, par la stimulation rénale, l'organisme ; cette indication est

remplie par une infusion de 60 centigr. de poudre de feuilles de digitale, 30 grammes de rhum, lait, café.

A partir du 21 janvier jusqu'au 3 février, c'est-à-dire pendant 13 jours, la médication digitalique est continuée.

Du 21 au 24 janvier, on donne 60 centigr. de poudre de feuilles de digitale.

Du 24 au 30, on donne 1 gr. 50, et du 30 janvier au 3 février, 1 gramme.

Pendant toute cette période, il n'a pas été observé un seul accident : pas de syncope, pas de vomissements, pas d'hypothermie.

L'état général se modifie dès le troisième jour de la médication digitalique : la malade est moins abattue, moins asthénisée ; la face est moins colorée ; le délire s'atténue ; il ne se manifeste que la nuit. Il est moins bruyant. La langue devient moins sèche, moins rôtie. La malade se soulève seule. On peut arriver à lui tirer quelques mots. Pas d'expectoration, quelques secousses de toux dans la journée.

Localement, mêmes signes stéthoscopiques que plus haut : souffle mobile, râles persistants, submatité constante aux sommets.

Bronchophonie aux sommets et dans le creux axillaire droit.

Le pouls est plus fort, moins rapide (90, 96) ; le cœur s'est régularisé, il reste un peu arythmique, les bruits valvulaires sont plus précis.

Diurèse très abondante, qu'il est malheureusement impossible de mesurer.

Devant ce mieux-être général et ce relèvement du cœur, la médication digitalique est augmentée : on prescrit 1 gr. 50.

24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 janvier.

Pendant ce septénaire la malade prend 1 gr. 50 de poudre de feuilles de digitale.

L'état général se relève de plus en plus ; la température se régularise.

Elle atteint le 28 janvier au soir 38°2, température maxima ; le minima a été 36°4, réalisée le 6 janvier. En dehors de ces deux points extrêmes elle oscille également sans trop s'éloigner autour de 37°.

Le pouls est régulier, il bat 60 à 70 fois à la minute.

Le cœur est régularisé. Plus d'arythmie. Bruits d'intensité normale.

Localement, la submatité diminue aux sommets. Elle disparaît complètement le 28 janvier au sommet droit ; persiste encore au sommet gauche jusqu'au 30 janvier.

Le souffle s'atténue progressivement : il a quelques retours, variables comme détermination topographique, mais dès le 28 janvier il n'est plus perçu.

Les râles se modifient rapidement, ils disparaissent le 30 janvier.

A cette date, la malade peut être considérée comme convalescente. Nous continuons cependant la médication digitalique, mais nous ne donnons plus que 1 gramme.

Le 3 février, la digitale est supprimée.

Depuis le 29 janvier, la température reste fixée à 37°. Le pouls est bon, plein, battant 50 à 60 à la minute.

L'état général est très satisfaisant : langue dépouillée, faciès amaigri, mais sans congestion ; appétit revenu ; la malade s'assied seule sur son lit, se soulève.

Localement, la percussion ne dénote plus de condensation. L'auscultation permet d'entendre un murmure vésiculaire un peu rude avec quelques râles sous-crépitants. Guérison.

Il résulte de cette observation que la médication alcoolique et l'emploi de la digitale ont répondu aux espérances qu'on est en droit d'attendre de leur application, puisque cette malade, dont l'état de faiblesse excessive inspirait de sérieuses craintes, a pu guérir.

CONCLUSIONS

Une grande idée domine toute l'histoire de la pneumonie chez le vieillard, c'est l'idée de latence de cette affection.

« La latence de la pneumonie chez le vieillard, dit Girbal, ne tient pas seulement à l'absence plus ou moins complète des signes stéthoscopiques, mais encore à l'absence plus ou moins complète de l'ensemble de ses phénomènes constitutifs qui sont indécis, incomplets, obscurs, à peine ébauchés. »

C'est l'impression qui se dégage de la lecture de ces quelques pages.

I. — Dans un premier chapitre sur l'Evolution et le Pronostic, nous avons montré que la pneumonie n'avait pas chez le vieillard le caractère cyclique qu'elle présente chez l'adulte, et cela par suite des conditions organiques spéciales créées par la vieillesse. Nous avons décrit l'allure générale qu'elle affecte lorsqu'elle évolue vers la guérison, vers la chronicité ou vers la mort.

Puis, la sévérité du pronostic a fixé quelque temps notre attention.

II. — Dans un second chapitre sur le Diagnostic, après avoir indiqué combien les signes du début étaient incertains et fugaces, nous avons insisté sur la nécessité qu'il y a à observer attentivement les moindres phénomènes morbides qui peuvent se manifester chez le vieillard, à chercher en somme le phénomène sous l'épiphénomène.

III. — Nous avons étudié en fin de compte le Traitement, et, loin d'être exclusif dans l'application systématique de tel médicament déterminé, nous avons montré l'avantage qu'il y a à les combiner suivant les indications tirées de l'état général et de l'état local.

Si la médication alcoolique et l'emploi de la digitale nous ont arrêté longuement, c'est que ces deux médicaments paraissent répondre aux indications générales de la pneumonie.

Il nous a été impossible de donner un traitement type de la pneumonie chez le vieillard, car cette affection peut revêtir des formes multiples entraînant de ce fait des modifications thérapeutiques nombreuses.

Comme vous le voyez, Messieurs et chers Maîtres, le travail que nous soumettons à votre examen n'est pas de ceux qui ont le charme de la nouveauté. Depuis longtemps déjà la pneumonie des vieillards a fait l'objet d'études très

nombreuses et très approfondies ; aussi nous ne vous offrirons pas la primeur de découvertes intéressantes, si tant est que, dans le sujet qui nous occupe, aucun auteur, de nos jours, puisse se flatter de faire œuvre très originale.

Après les admirables études de Durand-Fardel, Grisolle, Hourman-Dechambre, Charcot ; après les magistrales leçons cliniques de Peters, il semble qu'il n'y ait plus rien à dire sur la question,et de fait nous n'avons pu lire aucun traité nouveau des maladies de vieillards sans y retrouver assez fidèlement reproduit l'enseignement de ces Maîtres.

Sans doute la découverte du pneumocoque par Fränkel a éclairé d'un jour nouveau la pathogénie de l'affection; sans doute aussi les examens de sang et de crachats, les recherches sur la leucocytose sont venues aider le diagnostic.

Mais ce qui n'a subi aucune retouche appréciable, c'est ce faisceau d'observations cliniques, de tableaux symptomatiques où sont notés au jour le jour les moindres incidents qui se manifestent à l'occasion de cette affection.

Rien n'a échappé à ces auteurs de ce qui peut être ou ne pas être au cours de l'évolution de la pneumonie chez le vieillard.

Aussi notre joie est grande d'avoir puisé à la source du passé, et si notre travail pèche par bien des points, le souvenir des lectures précieuses qu'il nécessita ainsi que la bienveillante indulgence des Maîtres appelés à couronner nos études médicales, nous dédommagera amplement de ces imperfections.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Andral. — Clinique médicale.

Allary. — Thèse de Montpellier, 1880.

Anghelescu. — Thèse de Montpellier, 1901.

Barth. — Art. Pneumonie *in* Dictionnaire de Dechambre.

— Leçon clinique, dans la « Semaine médicale » 1896.

Bergeron. — Thèse de Paris, 1866.

Beau. — Journal de Médecine, 1843.

Bernheim. — Leçons de clinique médicale (Paris, 1879).

Bourgain. — La digitale dans les infections en général (Thèse de Paris, 1897).

Bucquoy. — Leçons sur la pneumonie (France médicale, 1879).

Buicli. — Progrès médical, 1886.

Boy-Teissier. — Leçons sur les maladies de vieillards.

Coquengnot. — Du traitement de la pneumonie par la digitale (Thèse de Strasbourg, 1864).

Charcot. — Leçons cliniques sur les maladies des vieillards, 1866.

Caulus. — Thèse de Paris, 1874.

CHARLTON. — Thèse de Paris, 1845.

DESGRANGES. — Thèse de Paris, 1897.

DURAND-FARDEL. — Traité des maladies des vieillards.

DESOURTEAUX. — Traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses (Thèse de Paris, 1898).

DUPLAIX DE GARAT. — Traitement de la pneumonie (Bulletin médical, 1891.)

DERMONT. — De la peumonie des vieillards (Thèse de Montpellier, 1884).

ETIENNE. — Types thermiques de la pneumonie chez le vieillard. Revue médicale de l'Est (Nancy, 1906).

ETIENNE et PERRIN. — La leucocytose et l'équilibre leucocytaire dans la pneumonie des vieillards (Journal de physiologie et de pathologie, 1909).

GEHMAIN SÉE. — Des différents modes de traitement de la pneumonie (Union médicale, 1873).

— Cliniques de la Charité, 1874.

GUILLAIN et VINCENT. — Société médicale des Hôpitaux de Paris, janvier, 1910.

GRISOLLE. — Traité de la pneumonie, 1864.

GEOFFROY. — Thèse de Montpellier, 1880.

GILLETTE. — Maladies de la vieillesse (Diction. de médecine, 1851).

GRIMAUD. — Traité des fièvres.

GRASSET. — Leçons de clinique médicale.

— Consultations médicales sur quelques maladies fréquentes.

HANOT. — Du traitement de la pneumonie aiguë (Thèse d'agrégation. Paris 1880).

Henri-Jean. — Recherches sur la fièvre. Paris 1894.

Huchard. — Traitement de la pneumonie (Revue générale de thérapeutique, 1893).

— Consultations médicales, 1901.

Hourmann-Dechambre. — Archives de médecine, 1836.

Jaccoud. — Cliniques de Lariboisière, 1871.

— Cliniques de la Charité.

— Traité de pathologie interne.

Knepper. — Fort. Wayne. (Med. Journal, 1903).

Lépine. — Art. Pneumonie, in Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques. Paris, 1880.

— Société médicale, 1892.

Lemoine. — Pneumonie du vieillard (Nord Médical, août 1900).

Lyon. — Traitement de la pneumonie (Gazette des Hôpitaux, 1893).

Louis. — Recherches sur les effets de la saignée.

Martin. — Pneumonie du vieillard (Nancy, 1889).

Mascarel. — Mémoire sur le traitement de la pneumonie chez les vieillards.

Mougain et Got. — Épidémie de pneumonie sénile. Action du collargol. Journal de médecine de Bordeaux, 1909.

Moutard-Martin. — Revue médicale, 1884.

Monnier. — Gazette médicale de Nantes, 1907.

Prus. — De l'emphysème pulmonaire comme cause de mort, 1843.

— Recherches sur les maladies de la vieillesse (Mém. Acad. méd. de Paris, 1840).

Rat. — Pneumonie chez les vieillards (Thèse Paris, 1845).

Rendu. — Traitement de la pneumonie (Journal des praticiens).

Sestier. — Leçons de clinique médicale de Chomel.

Saniz. — Infections bronchiques chez le vieillard.

Saint-Ange. — Pneumonie du sommet (Thèse Paris).

Taylor. — Traitement de la pneumonie (Med. Record, 3 octobre 1896).

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu.

Thiroloix. — Traitement de la pneumonie du sommet chez le vieillard par le collargol (Journ. des Praticiciens, 1903).

Villepelet. — Traitement par les enveloppements froids (Thèse Paris, 1904).

Verhoogen. — Journal de médecine de Bruxelles, 1903.

Vires. — De l'emploi de l'alcool chez les pneumoniques (Congrès de Toulouse, 1902).

— Traitement par la digitale des infections pneumococciques chez les vieillards (Montpellier médical, mars 1900).

Woillez. — Traité clinique des maladies aiguës des organes respiratoires.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 novembre 1910.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 18 novembre 1910.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!